نقش عدم تحمّل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در اختلال‌های وسواس فکری عملی و افسردگی اساسی

بهزاد سلمانی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). b.salmani1365@gmail.com
جعفر حسنی: دانشیار روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. hasanimehr57@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش عدم تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در اختلال های وسواس فکری/ عملی و افسردگی صورت گرفت.

روش کار: از بین افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های بقیه‌الله و طالقانی تهران، هفتاد نفر از بیماران مبتلا به وسواس فکری/ عملی و افسردگی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۳۵ نفر از افراد بهنجار با دامنه سنی ۲۰ تا ۳۸ سال در مقیاس عدم تحمل ابهام و خرده مقیاس باورهای فراشناختی مثبت مقایسه شدند. سپس داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. طرح پژوهش حاضر از نوع علّی مقایسه‌ای است.

یافته‌ها: در مقیاس عدم تحمل ابهام بیماران وسواسی و افسرده نمرات بیش‌تری نسبت به گروه بهنجار دریافت کردند و در مقیاس باورهای فراشناختی مثبت بیماران وسواسی نسبت به افسرده‌ها و بیماران افسرده نسبت به گروه بهنجار نمرات به مراتب بالاتری کسب کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش اساسی عدم تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در اختلال‌های وسواس فکری/ عملی و افسردگی، بنابراین لازم است تا در درمان مورد توجه ویژه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: عدم تحمل ابهام، باورهای فراشناختی مثبت، وسواس فکری/ عملی افسردگی اساسی.

مقدمه

اختلال وسواس فکری عملی (Obsessive Compulsive Disorder) (OCD)، اختلال مزمن و ناتوان‌سازی است که تقریباً نرخ شیوع برابر با ۲ تا ۳ درصد در کل جامعه دارد. این اختلال با شماری از اختلال‌های خلقی و اختلال‌های اضطرابی دیگر میزان همبودی نسبتاً بالایی دارد که در این میان بیش‌ترین میزان همبودی مربوط به افسردگی است (۱). برخی از پژوهش‌ها (۲) بر نقش عوامل شناختی در همبودی بالای این دو اختلال تأکید کرده‌اند. نگرانی و نشخوار فکری (Rumination) متغیرهای شناختی هستند که در تبیین نشانه‌های این دو اختلال نقش مهمی را ایفا می‌کنند (۳-۵). با توجّه به اهمیت نگرانی و نشخوار فکری در آسیب‌شناسی اختلال وسواس فکری عملی و افسردگی، می‌توان یکی از دلایل اصلی ایجاد و تداوم این اختلال‌ها را عدم شناسایی مکانیسم‌هایی دانست که منجر به استفاده مفرط بیماران از چنین فرایندهای درجامانده‌ای (Perseverative) می‌شود.

از مکانیسم‌هایی که در سال‌های اخیر توجّه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است، مفهوم تحمّل ابهام (Tolerance of Uncertainty) می‌باشد. تحمّل ابهام به عنوان گرایش فرد به نشان دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است (۶). تاکنون پژوهشگران از «تحمّل ابهام» در مفهوم‌سازی و تبیین اختلال اضطراب فراگیر (GAD) (Generalized Anxiety Disorder) بیش‌ترین بهره را برده‌اند (۷-۱۰). در مورد این اختلال، دوگاس و همکاران (۶) بیان می‌کنند که عدم تحمّل ابهام نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند. از آنجایی که نگرانی در اختلال وسواس فکری عملی و به همراه نشخوار فکری، در افسردگی نیز نقش کلیدی دارد (۱۱،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

۱۲ و ۱۳)، بنابراین برخی از پژوهش‌ها به بررسی تحمّل ابهام در این اختلال‌ها پرداخته‌اند (۱۴ و ۱۵). هم‌چنین، کرون (۱۶) در مدل خود فرض می‌کند که عدم تحمّل ابهام می‌تواند باعث شکل‌گیری نیروی برانگیزاننده‌ای می‌شود که می‌تواند با فراخواندن نگرانی و وسواس‌های فکری و عملی، با اختلال‌های مختلفی در ارتباط باشد. با وجود اینکه نگرانی و نشخوار فکری منجر به تداوم آسیب‌شناسی می‌گردد، بیماران به کرّات در دام آن گیر می‌افتند. این نوع درگیر شدن در فرآیندهایی که زیان‌هایی نیز برای بیماران دارد، به دلیل فوایدی است که این افراد برای نگرانی و نشخوارفکری در نظر گرفته‌اند. از دیدگاه ولز (۱۷-۱۹) این فواید، باورهای فراشناختی مثبت است. منظور از باورهای فراشناختی مثبت، باورهایی درباره سودمندی نگرانی، نشخوار فکری و دیگر فرایندهای شناختی است که در درازمدت منجر به اختلال روان‌شناختی شده و آن را تداوم می‌بخشند.

ولز (۱۹) بیان می‌کند بیماران افسرده در واقع به منظور یافتن راه‌حل برای مشکل‌شان، درگیر نشخوار فکری می‌شوند. در واقع، با توجّه به محتوای سوالاتی که این بیماران به هنگام افسردگی از خود می‌پرسند مثل «چرا من؟ این علایم چه معنایی می‌تواند برای من داشته باشد؟» به نظر می‌رسد آن‌ها در صدد ابهام‌زدایی هستند. یافته‌های ارفعی و همکاران (۱۴) نیز که نشان دادند بیماران افسرده در مقیاس عدم تحمّل ابهام نمرات بیش‌تری نسبت به افراد بهنجار دریافت می‌کنند تا حدودی تایید کننده‌ی این مطلب است. از طرف دیگر، بیماران وسواسی نیز نیاز افراطی به قطعیت و ابهام‌زدایی دارند (۲۰) و ممکن است اضطراب معناداری را تا زمانی که به این هدف دست پیدا می‌کنند، تجربه کنند (۲۱ و ۲۲). هولاوی و همکاران (۱۵) نیز نشان دادند که بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی نسبت به گروه کنترل غیرمضطرب تحمّل ابهام پایین‌تری داشتند و این روند در مورد زیرمجموعه‌ای از این بیماران که به عنوان بیماران مبتلا به وسواس چک کردن شناخته می‌شوند، بیش‌تر صادق بود. در مقابل، تولین و همکاران (۲۳) دریافتند که بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی تحمّل پایین‌تری نسبت به گروه کنترل غیرمضطرب ندارند اما در بیماران مبتلا به وسواس چک کردن وضع برعکس بود.

در مقایسه با پیشینه پژوهشی محکم درباره نقش عدم تحمّل ابهام در اختلال اضطراب فراگیر، پژوهشگران چندان به نقش این متغیر در اختلال‌های وسواس فکری عملی و افسردگی توجّه نداشته‌اند و در پژوهش‌های معدودی که صورت گرفته است نیز یافته‌ها تا حدودی متناقض هستند. هم‌چنین، با توجّه به مدل فراشناختی اختلال‌های روان‌شناختی (۱۷ و ۲۴)، به نظر می‌رسد بایستی تحمّل ابهام را در کنار فرآیندهایی که مسئول کنترل شناخت هستند، بررسی و مورد ارزیابی قرار داد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی نقش تحمّل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت، به عنوان یکی از مهمترین فرآیندهایی که مسئول کنترل شناخت هستند، در وسواس فکری عملی و اختلال‌های افسردگی می‌باشد.

روش کار

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و افسردگی تشکیل می‌دهد که به صورت سرپایی طی فاصله‌ی زمانی خرداد تا مرداد در بیمارستان‌های تهران تحت درمان بوده‌اند. تشخیص اختلال‌های نام برده به وسیله‌ی مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I (SCID) و تایید آن توسط روان‌شناس بالینی صورت گرفت. از بین این افراد مراجعه‌کننده، ۷۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از دو بیمارستان بقیه‌الله و طالقانی تهران انتخاب شده و با ۳۵ نفر از افراد بهنجار بر حسب متغیرهای پژوهشی مورد مقایسه قرار گرفتند. این افراد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۸ سال (M= ۲۷/۵۹، SD= ۳/۲۶؛ ۵۹ زن) قرار داشتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: دریافت تشخیص افسردگی (برای گروه افسرده) و وسواس فکری/ عملی (برای گروه وسواسی)، نداشتن اختلالی از محور II،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

نداشتن روان پریشی، عدم مصرف مواد، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن تحصیلات دست کم در سطح دیپلم. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن سابقه‌ای از مصرف مواد و اختلالات روان پریشی بود. پژوهش حاضر از نوع علّی/ مقایسه‌ای بوده که به منظور ارزیابی نقش تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در بیماران مبتلا به وسواس فکری/ عملی و افسردگی صورت گرفته است.

ابزار پژوهش

۱- مقیاس تحمل ابهام مک‌لین: مقیاس تحمل ابهام مک‌لین (۲۵) از ۲۲ ماده و به منظور ارزیابی میزان تحمل ابهام تشکیل شده است. پاسخ به این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس از همسانی درونی مناسب (آلفای کرونباخ = ۰/۹۰) برخوردار بوده و همبستگی آن با پرسش‌نامه‌ی بلاتکلیفی (۲۶) ۰/۵۷ گزارش شده است که بیان‌گر روایی سازه مطلوب آن است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۴ به دست آمد.

۲- باورهای فراشناختی مثبت: همسانی دورنی مناسب پرسش‌نامه‌ی فراشناخت‌ها (Metacognitive Questionnaire (MCQ-30)) (۲۷)، این امکان را می‌دهد تا ماده‌های مربوط به مولفه‌ی باورهای فراشناختی مثبت را از آن جدا کرده و به تنهایی مورد استفاده قرار داد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی فراشناخت‌ها (MCQ-30) از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی مثبت بین خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه و مقیاس‌های مرتبط از لحاظ نظری، مبین روایی سازه و ساختار عاملی مورد تایید آن است (۲۸). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴ محاسبه شد.

روش اجرا: پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و ارائه توضیح مختصری درباره هدف پژوهش، ابزارهای پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا صادقانه و با صبر و حوصله به مقیاس‌ها پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌های به دست آمده وارد نرم‌افزار SPSS-19 شد و با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) (Multiravriat Analysis of Variance) و آزمون‌های تعقیبی بون‌فرنی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها درج شده است.

همان‌طور که قبلا اشاره شد برای مقایسه سه گروه شرکت‌کننده در متغیرهای تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل چندمتغیری واریانس ابتدا داده‌های پرت بر اساس تبدیل آن‌ها به نمرات استاندارد (Z) مورد بررسی قرار گرفت و نمرات Z خارج از دامنه ۱/۵+ و ۱/۵- حذف شدند. دامنه آزمون‌های لوین (p>۰/۰۱؛ ۱/۱۵- = ۰/۶۶ (۲، ۱۰۲) F)) و کالموگرف/ اسمیرنف (۱/۰۳- ۰/۵۶) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بورن توزیع متغیرها بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس (p>۰/۰۱؛ ۱/۰۶= (۱۵۲۶۷۷۵/۹۶، ۲۰) F) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه نمرات متغیرهای پژوهش بر اساس گروه‌ها

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
تحمل ابهام	وسواس فکری/ عملی	۳۱	۶۵/۸۴	۳/۴۶	۶۱	۷۱
	افسرده	۳۹	۶۴/۹۰	۲/۴۷	۶۰	۶۸
	بهنجار	۳۵	۴۲/۷۴	۳/۹۳	۳۴	۴۷
باورهای فراشناختی مثبت	وسواس فکری/ عملی	۳۱	۲۰/۷۷	۱/۰۹	۱۷	۲۲
	افسرده	۳۹	۱۴/۹۷	۱/۵۵	۱۲	۱۸
	بهنجار	۳۵	۱۱/۹۱	۱/۰۴	۱۱	۱۴

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه سه گروه در تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
تحمل ابهام	بین گروهی	۱۱۹۰۲/۹۲	۲	۵۹۵۱/۴۶	***۵۴۳/۷۲	۰/۹۱
	درون گروهی	۱۱۱۶/۴۷	۱۰۲	۱۰/۹۵		
	کل	۱۳۰۱۹/۳۹	۱۰۴			
باورهای فراشناختی مثبت	بین گروهی	۱۳۲۰/۲۰	۲	۶۶۰/۱۰	***۴۱۲/۷۲	۰/۸۹
	درون گروهی	۱۶۳/۱۴	۱۰۲	۱/۶۰		
	کل	۱۴۸۳/۳۳	۱۰۴			

*** p<۰/۰۰۱

جدول ۳- نتایج آزمون‌های تعقیبی بون‌فرنی برای بررسی تفاوت‌های سه گروه در تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت

متغیر	منبع مقایسه (اختلاف میانگین)			خطای استاندارد		سطح معناداری	
	گروه	۲	۳				
تحمل ابهام	۱. وسواس فکری/ عملی	۰/۹۴	۲۳/۰۹	۰/۸۰	۰/۸۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰
	۲. افسرده	--	۲۲/۱۵	--	۰/۷۷	--	۰۰/۰۰
	۳. بهنجار	--	--	--	--	--	
باورهای فراشناختی مثبت	۱. وسواس فکری/ عملی	۵/۸۰	۸/۸۶	۰/۳۰	۰/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	۲. افسردگی	--	۳/۰۶	--	۰/۲۹	--	۰/۰۰۰
	۳. بهنجار	--	--	--	--	--	--

است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز (۰/۰۰۱ >p؛ ۱۵/۵۲ = (۲۰۲، ۴) F) معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که حداقل بین دوگروه در یکی متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این تفاوت‌ها مشخص نمی‌کند که کدام گروه‌ها در کدام متغیرها با همدیگر تفاوت دارند. تفاوت‌های مذکور از طریق تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی بون‌فرنی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جداول ۲ و ۳ مشاهده می‌شود.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که بین سه گروه در هر دو متغیر تحمل ابهام و باورهای فراشناختی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی تحلیل واریانس منبع و جهت این تفاوت‌ها را مشخص نمی‌کند. برای این منظور، به علت نابرابر بودن حجم نمونه‌ها از آزمون‌های تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ درج شده است.

یافته‌های جدول ۳ نشان می دهد که میانگین نمرات تحمل ابهام گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و گروه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بیشتر از افراد بهنجار است. همچنین در متغیر باورهای فراشناختی مثبت میانگین نمرات گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی بیشتر از گروه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و افراد بهنجار بود و میانگین نمرات گروه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی نیز بیشتر از افراد بهنجار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر ارزیابی نقش تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در بیماران مبتلا به وسواس فکری/ عملی و افسردگی بود. همان‌طور که مشاهده شد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و افسردگی در مقیاس عدم تحمل ابهام نمرات به مراتب بالاتری نسبت افراد بهنجار کسب کردند. این یافته با طیف گسترده‌ای از پژوهش‌ها که نشان می‌دهند بیماران مبتلا به وسواس فکری/ عملی و افسردگی دارای آستانه تحمل ابهام به مراتب پایین تری نسبت به افراد بهنجار هستند، در یک راستا است (۷، ۱۴، ۱۵، ۲۹-۳۶). در واقع، از آنجایی که زندگی روزمره شامل درگیر شدن در موقعیت‌ها مبهم و غیرقطعی می‌باشند، افراد دچار عدم تحمّل ابهام طی زندگی منابع تهدید و خطرهای متعددی را تجربه خواهند کرد. ادامه این روند منجر به نگرانی‌های متعدد و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

هیجان‌های منفی مثل اضطراب، وسواس و افسردگی می‌گردد (۳۷ و ۳۸).

در مورد رابطه‌ی بین اضطراب و وسواس با عدم تحمل ابهام می‌توان چند دلیل را بیان کرد. نخست اینکه عدم تحمل ابهام می‌تواند اضطراب را با افزایش تهدید ادراک شده فراخواند. در موقعیت‌های استرس‌آور برای افراد وسواسی عناصر مبهم موقعیت یا رویداد (مثل آیا این شی به اندازه کافی پاکیزه است یا خیر؟) برجسته‌تر می‌شوند؛ بنابراین زمانی که حتی ابهام و عدم قطعیت جزیی است، فرد دچار ترس و اضطراب می‌گردد و برای رهایی از این وضعیت، به وسواس فکری/ عملی روی می‌آورد.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر مبین این نکته است که بیماران افسرده و وسواسی در باورهای فراشناختی مثبت نیز نمرات به مراتب بالاتری نسبت به گروه بهنجار دریافت می‌کنند. این امر به خصوص در مورد بیماران وسواسی بیش‌تر صادق است. از زمان پایه‌گذاری نظریه‌ی درمانی فراشناخت برای اختلال‌های افسردگی و اضطرابی (۱۹)، پژوهش‌های متعددی دال بر نقش باورهای فراشناختی (مثبت و منفی) با ایجاد و تداوم اختلال‌های نام برده تأکید کرده‌اند (۳۹-۴۴). این امر در مورد بیماران مبتلا به افسردگی و وسواس به شیوه‌های متفاوتی صدق می‌کند. به عنوان مثال در مورد بیماران وسواسی آن‌ها نمی‌توانند عدم قطعیت را درباره یک موقعیت استرس‌زا تحمل کنند زیرا این کار با باورهای فراشناختی مثبت آن‌ها درباره درگیر شدن در فرآیند نگرانی مخالف است. (۴۵ و ۴۶). با نگاهی به ماهیت فرآیند نشخوار فکری در بیماران افسرده در می‌یابیم که آن‌ها با غرق شدن در افکار منفی خود در پی جواب به سوالات ابهام‌آمیزی هستند که در اغلب موارد پاسخ روشنی ندارند (برای مثال «چرا من؟» و «این علایم چه معنایی برای من دارند؟») و شکست در انجام این کار ضمن تقویت باورهای فراشناختی آن‌ها، می‌تواند آسیب‌پذیری از پیش موجود آن‌ها در برابر موقعیت‌های مبهم را افزایش داده و منجر به دور باطلی گردد که نتیجه‌ی نهایی آن افزایش علایم مربوط به افسردگی است (۱۹ و ۴۷) و افکار منفی خود در پی پاسخ به سوالاتی. علاوه بر مشکلاتی که در بالا ذکر شد، افرادی که در عدم تحمل ابهام نمرات بالایی می‌گیرند توانایی یا اطمینان به توانایی حل مساله ضعیف، باورهای کنترل پایین و پاسخ‌های هیجانی ناخوشایندی دارند که مانع از حل مساله موثر می‌شود (۴۸). هر دو این فرآیندهای می‌توانند اضطراب و فرآیندهای وابسته با آن مانند وسوای‌های فکری/ عملی را در پاسخ به استرس‌های روزمره را افزایش دهد.

با توجه به نرخ شیوع بالای اختلال‌هایی مانند وسواس فکری/ عملی و افسردگی می‌توان به طور منطقی نتیجه گرفت که اینگونه اختلال‌ها سالیانه زیان‌های هنگفتی به طور مستقیم به سلامت روانی و جسمی افراد جامعه وارد می‌کنند و بایستی به طور مناسب و شایسته مورد توجه و درمان قرار گیرند. با در نظر گرفتن نقش کلیدی عدم تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در ایجاد و تداوم اختلال‌هایی مانند وسواس فکری/ عملی و افسردگی می‌توان بیان کرد که مداخله‌ای می‌تواند به بهترین وجه اینگونه اختلال‌ها را درمان کند که این سازه‌های شناختی تحت کنترل خود در بیاورد. گواه این مطلب مداخلاتی مانند درمان عدم تحمل ابهام (Intolerance of Uncertainty Therapy) (۴۹ و ۵۰) و درمان فراشناختی (۴۷، ۵۱ و ۵۲) هستند که توانسته‌اند طی سال‌های اخیر در درمان اختلال‌هایی افسردگی و وسواس فکری/ عملی موفقیت‌های چشم‌گیری کسب کنند. از آنجایی که مداخلاتی این چنینی کوتاه‌مدت بوده و در زمان محدودی می‌توانند به نتایج بهتری نسبت به درمان‌های مرسوم دست پیدا کنند، بنابراین از این نظر نیز مقرون به صرفه و کارا به حساب می‌آیند.

ضمن استفاده از یافته‌های پژوهش حاضر بایستی به چند محدودیت نیز توجه کرد. نخست اینکه با توجه به شیوع بالای اختلال‌هایی مثل افسردگی و وسواس فکری/ عملی نمونه‌ی تعیین شده در پژوهش حاضر کوچک جلوه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگرانی که علاقمند به بررسی و تبیین فرضیات خود در اختلال‌هایی با شیوع بالا را دارند، نمونه‌های گسترده‌تری را انتخاب کنند. محدودیت دوم این

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

پژوهش به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس مربوط می‌شود. پژوهشگران به دلایل اخلاقی مجبور به استفاده از آن شدند. این شیوه‌ی نمونه‌گیری به برخی از متغیرهای مزاحم این امکان را می‌دهد که نتایج را مخدوش کنند. البته پر واضح است که با مقایسه کردن نتایج گروه‌های بالینی و گروه بهنجار می‌توان تا حدودی متغیرهای مزاحم را کنترل کرد اما به هر حال برای کنترل تمامی متغیرهای مزاحم به پژوهشگران توصیه می‌شود تا در صورت امکان از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی بهره ببرند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه مسئولین بیمارستان‌های بقیه‌الله و طالقانی تهران که امکان اجرای پژوهش را به دست اندرکاران پژوهش حاضر دادند و با نویسندگان این مقاله همکاری کامل نموده‌اند، تشکر و سپاسگذاری می‌نماییم.

منابع

1. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive Compulsive disorder: Comorbid condition. J Clin Psychiatry; 1992. 55:28-32.

2. Abramowitz JS, Stoch EA, Keeley M, Cordell E. Obsessive compulsive with disorder comorbid major depression: What is the role of cognitive factor? Behav Res Ther; 2007. 45(10):2257-67.

3. Wahl K, Schonfeld S, Hissbach J, Kusel S, Zurowski B, Moritz S, et al. Difference and similarities between obsessive and ruminative thought in obsessive compulsive and depressed patients: A comparative study. J Behav Ther Ex Psychiarty; 2011. 42(4):454-61.

4. Raes F. Rumination and worry as mediator of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Per Individ Dif; 2007. 48(6):757-61.

5. Muris P, Reolofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. Per Individ Dif; 2005. 39(6):1105-11.

6. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. Behav Res Ther; 1998. 36:215-26.

7. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediator of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. J Anxiety Disord; 2013. 27(2):216-24.

8. Anderson KG, Dugas MJ, Koerner N, Radomsky AS, Savard P, Turcotte J. Interpretive style and intolerance of uncertainty in individual with anxiety disorders: A focus on generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord; 2012. 26(8):823-32.

9. Konstantellou A, Campbell M, Eisler I, Simic M, Treasure J. Testing a cognitive model of generalized anxiety disorder in the eating disorder. J Anxiety Disord; 2011. 25(7):864-69.

10. Van der Heiden C, Melchior K, Muris P, Bouwmeester S, Bos AER, Van der Molen HT. A hierarchical model for relationship between general and specific vulnerability factor and symptom level of generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord; 2010. 24(2):284-89.

11. Krieger T, Altenstien D, Baettig I, Doerig N, Grosse Holtforth M. Self-Compassion n depression: Associations with depression symptoms, rumination, avoidance in depressed outpatients. Behav Ther; 2013. 44(3):501-13.

12. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behav Res Ther; 2011. 49(3):186-93.

13. Takano K, Tanno Y. Self-rumination, Self-reflection and depression: Self-rumination counteracts the adaptive effect of self-reflection. Behav Res Ther; 2009. 47(3):260-64.

14. Arfaei A, Garamaleki RB, Gholizadeh H, Hekmati I. Intolerance of uncertainty: Comparison between patients with major depression disorder and obsessive compulsive disorder. Med J Tabriz Univ Med Sci; 2011. 33(5):17-22. [Persian].

15. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord; 2006. 20:158-74.

16. Krohne HW. Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In: Krohne HW. Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness. Seattle: Hogrefe & Huber; 1993: 19-50.

17. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. Behav Cognit Psychother; 1995. 23:301-20.

18. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, Sussex: Wiley; 1997.

19. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. NewYork, London: Guilford Press; 2009.

20. Makhlouf-Norris F, Norris H. The obsessive compulsive syndrome as a neurotic device for the reduction of self-uncertainty. Br J psychiatry; 1972. 121:277-88.

21. Beech AR, Liddell A. Decision-making, mood states and ritualistic behavior among obsessional patients. In: Beech HR. Obsessional states. London:

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Methuen; 1974: 143-60.
22. Kozak MJ, Foa EB, McCarthy P. Assessment of obsessive compulsive disorder. In: Last C, Hersen M. Handbook of anxiety disorders. NewYork: Pergamon Press; 1987: 87-108.
23. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. J Anxiety Disord; 2003. 17:233-42.
24. Wells A. A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. Anxiety Stress Coping; 1994. 6:289-99.
25. McLean DL. Measurement of ambiguity tolerance. J Pers Assess; 1993. 39:607-19.
26. Abolqasemi A, Narimani M. Psycholgical Tests. Ardebil: Baq-e-Rezvan; 2005. [Persian].
27. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognition questionnaire: Properties of the MCQ-30. Behav Res Ther; 2004. 42(4):385-96.
28. Spada MM, Mohiyeddini C, Wells A. Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. Pers Individ Dif; 2008. 45:238-42.
29. Dugas MJ, Laugesen N, Bukowski WM. Intolerance of uncertainty, fear of anxiety and adolescent worry. J Abnorm Child Psychol; 2013. 40:863-70.
30. Anderson NL. Avoidance and intolerance of uncertainty: Precipitation of rumination and depression. Kent State: Kent State University; 2013: 74-7.
31. McEvoy PM, Mahoney AEJ. To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorder and depression. Behav Ther; 2012. 43(3):533-45.
32. Yook K, Kim KH, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord; 2010. 24(6):623-28.
33. Liao KYH, Wei M. Intolerance of uncertainty, depression and anxiety: The moderating and mediating roles of rumination. J Clin Psychol; 2011. 67(12):1220-39.
34. Boelen PA. Carleton RN. Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive compulsive symptoms and worry. J Nerv Ment Dis; 2012. 200(3):200-8.
35. Chen CY, Hong RY. Intolerance of uncertainty moderates the relation between negative life events and anxiety. Pers Individ Dif; 2010. 49:49-53.
36. Jong-Meyer R, Beck B, Reide K. Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. Pers Individ Dif; 2009. 46(4):547-51.
37. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R, Rhéaume J, Provencher M, Marie Boisvert J. Worry themes in primary GAD, secondary GAD and other anxiety disorders. J Anxiety Disord; 1998. 12(3):253-61.
38. McLeod C, Mathews A. Anxiety and the allocation of attention to threat. J Exp Psychol; 1988. 40(4):653-70.
39. Mohammad-Khani Sh, Farjad M. The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive compulsive symptoms in nonclinical population. J Clin Psychol; 2009. 1(3):35-51. [Persian].
40. Salarifar MH, Pour-Etemad HR. The relationship between metacognitive beliefs and depression and anxiety disorder. J Lorestan Univ Med Sci; 2011. 13(4):29-38. [Persian].
41. Pournamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid A. The clarification of contribution of metacognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress in nurses. J knowled Res App Psychol; 2012. 13(3):86-94. [Persian].
42. Newby JM, Williams AD, Andrews G. Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. Behav Res Ther; 2014. 59:52-60.
43. Valizade M, Hasanvandi S, Mehrabizade Honarmand M, Afkar A. Effectiveness of group metacognitive therapy for metacognitive beliefs and anxiety. J Procedia Soc Behav Sci; 2013. 84:1555-58.
44. Zahedi Tajrishi K, Mohammad-Khani Sh, Jadidi F. Metacognitive beliefs and negative emotions. J Procedia Soc Behav Sci; 2011. 30:530-33.
45. Dugas MJ, Hedayati M, Karavidas A, Buhr K, Francis K, Phillips NA. Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. Cognit Ther Res; 2005. 29:57-70.
46. Koerner N, Dugas MJ. An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. Cognit Ther Res; 2008. 32:619-38.
47. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment resistant depression: A platform trial. Behav Res Ther; 2012. 50(6):367-73.
48. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognit Ther Res; 1997. 21:593-606.
49. Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. Behav Res Ther; 2000. 38:933-41.
50. van der Heiden C, Muris P, van der Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther; 2012. 50:100-109.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

51. Hashemi Z, Aliloo MM, Hashemi T. Effectiveness of metacognitive therapy in reduction of depression symptoms and metacognitive beliefs in major depression patients: A case report. J Res Behav Sci; 2011. 9(2):133-40. [Persian].

52. Salmani B, Hasani J, Karami GR, Mohammad-Khani Sh. Effectiveness of metacognitive therapy on cognitive attentional syndrome and cognitive emotion regulation strategies of patients suffering from generalized anxiety disorder. J Behav Sci; 2013. 7(3):245-54. [Persian].

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

The role of intolerance of uncertainty and positive metacognitive beliefs in obsessive compulsive disorder and depression

***Behzad Salmani,** PhD Student in Health Psychology, Clinical Psychology Department, Psychology and Education Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran (*Corresponding author). b.salmani1365@gmail.com
Jaafar Hasani, Associate Professor, Clinical Psychology Department, Psychology and Education Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran. hasanimehr57@yahoo.com

Abstract
Background: The present study aimed at determining the role of Intolerance of Uncertainty and positive Metacognitive Beliefs in Obsessive Compulsive and Depression disorders.
Methods: Seventy patients with obsessive compulsive disorders and depression referred to psychiatry clinics of Baghiyatallah and Taleghani hospitals of Tehran were chosen via convenient sampling and were compared with 35 normal individuals (age range of 20 to 38) on intolerance of uncertainty scale and positive metacognitive beliefs subscale. Then data were analyzed using one way variance analysis and Scheffe post-hoc test. Research design of present study was Ex post facto research.
Results: Patients suffering from obsessive compulsive disorder and depression gained higher scores than normal group in intolerance of uncertainty scale. Regarding positive metacognitive beliefs, patients with obsessive compulsive disorder gained higher scores than depressive patients; and depressive patients gained higher scores than normal group.
Conclusion: Considering the crucial role of intolerance of uncertainty and positive metacognitive beliefs in obsessive compulsive disorder and depression, they should receive special attention in treatment.

Keywords: Intolerance of Uncertainty, Positive Metacognitive Beliefs, Obsessive Compulsive Disorder, Depression

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]